

第3章. パーキンソン病の全身健康管理

パーキンソン病管理の全体を通しての目標は、身体機能や個人的、環境的因子を考慮してパーキンソン病患者の活動、社会参加、生活の質を最適化することである。現在、症状コントロールと代償に管理の焦点は絞られる。対症療法には種々の薬物とリハビリテーションが含まれる。関連する健康介入の大半が代償戦略を使用するのは、患者が罹患から一定期間を経た後に紹介されることが多いためである。治療によって疾患の進行速度が食い止められることはない。

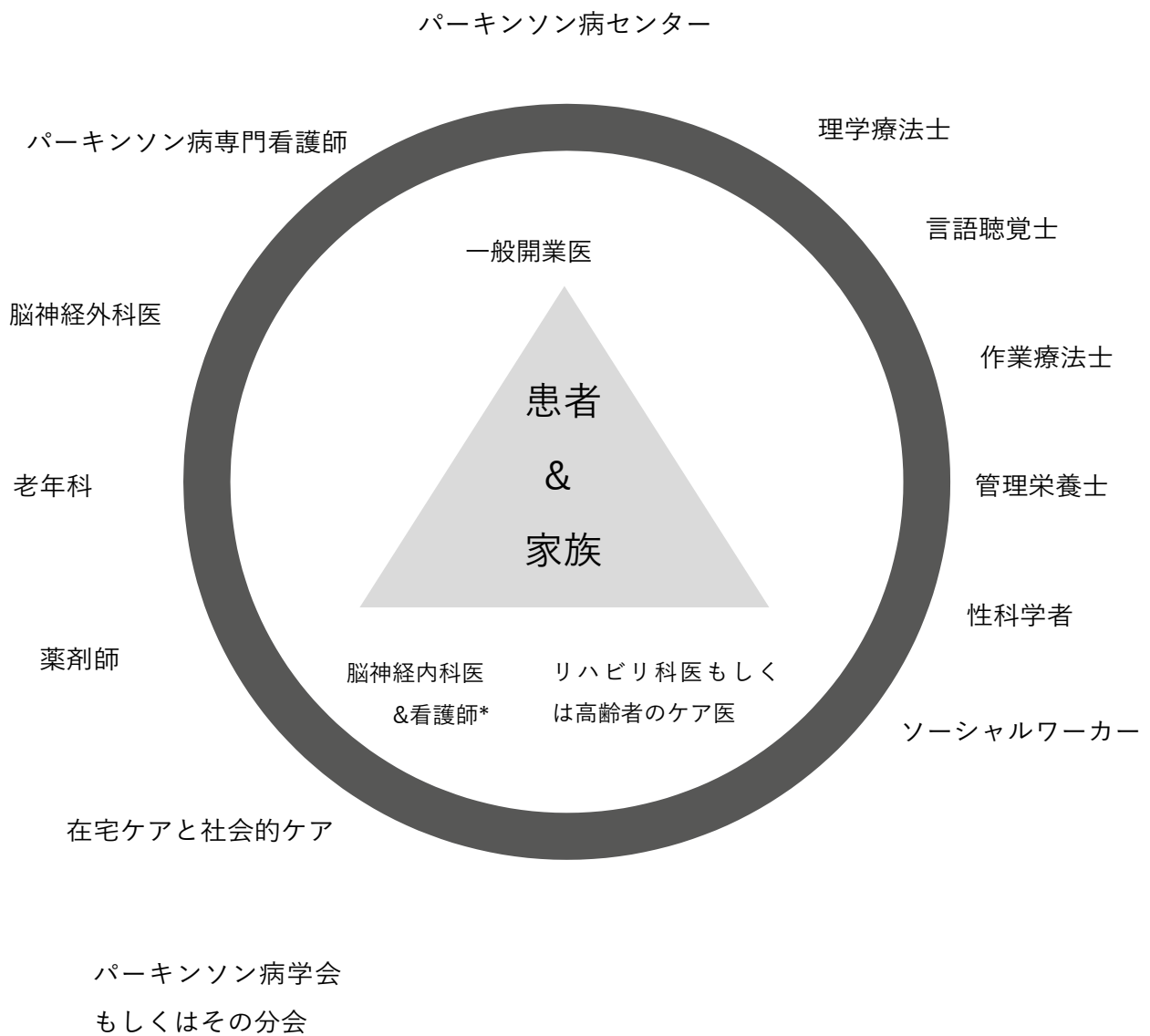
3.1. 多様な医療専門職

パーキンソン病の病態は複雑であるため、パーキンソン病患者の管理に関与する医療専門職と機関の数は19種類にのぼる (Fig.3.1)。

一般開業医、パーキンソン病の専門知識を有する脳神経内科医と看護師、もしくは他の治療コーディネーターが常に関与するのが理想的である。必要に応じて、他のあらゆる専門家が治療に関与すべきである(付録 11)。各職種 of 具体的な役割は、国ごとに異なる可能性がある。

3.1.1 患者中心の治療、協力とコミュニケーション

患者中心の治療はより良い健康と身体機能をもたらす。患者中心の治療とは、“個々の患者の好み、ニーズ、価値観を尊重してこれらに対応し、患者の価値観に基づいてあらゆる臨床決定を行う治療”である。医療専門職が適切な意図をもっていても、現在の臨床現場は通常、患者中心からほど遠い状況にある。患者中心の治療を支援するため、本ガイドラインは患者の治療の選択肢を検討する際に役立つGRADEに基づく推奨事項といった情報や、自己管理情報(付録1)や事前評価のための記入用紙(PIF)(付録2)といったツールを提供する。本ガイドライン作成班(GDG)は、患者の同意が得られるのであれば、介護者の参加を推奨する。これにより、家庭環境における患者の身体機能に関して入手すべき基本的情報が得られ、治療へのアドヒアランスの最適化にむけて介護者を関与させることができるほか、介護者を教育し、理学療法で現実的に期待できることについて同意を形成することもできる。



*ほとんどの場合、治療コーディネーター

図 3.1. パーキンソン病の治療モデル

Supraregional Parkinson centre of excellence = 地域を越えたパーキンソン病専門治療センター

パーキンソン病患者は、治療ガイドラインの作成と科学的検証に関与する専門家同士が協力し合うことを望んでいる。一人の患者の治療に多数の医療従事者が関与する場合、患者中心の治療を保つためにはよりいっそう努力を要する。ここでも患者自身の優先順位によって、どの医療従事者がどれだけ関与するかは、時間とともに変化すると考えられる。患者の具体的な目標に基づいて、全員が患者および互いの連絡をとりあい、協力することを目指すべきである。治療コーディネーターという職種は、その時期に患者の抱える主要な問題を選択し、それらを解決するのに必要な医療従事者の特定を支援することができる。医療従事者は患者の要求と好みを注意深くきく必要がある。また、医療従事者はお互いの専門性を把握し、必要時にはすぐに他の医療従事者を紹介するか、チームに含める必要がある。介入の種類によっては、集中的な治療や高頻度の運動を必要とする。こうした場合、患者は問題の優先順位を決定したり、どの介入を延長するかを選択したりするのに支援を必要とすることがある。GDG は矛盾したアドバイスを行わないように常に注意するよう勧めている。

スムーズな協力と連絡を行いやすくするため、本ガイドラインではパーキンソン病の具体的な ICF 概要と報告シート(付録 4 と 9)、ならびにチームに参加する可能性のある医療専門職の簡単な役割説明をつけた専門職概要(付録 11)を提供する^{14,15}。GDG は、どの医療専門職が治療の調整の役割を担うか、いつ、どのように連絡を取るかを地域ごとの同意事項として決めておくことを助言している。これは誰が何をいつ行っているかを把握し、お互いを補い合うように治療を調整することに役立つ。6.8.1 節は連絡のタイミングについての助言を提供している。

アドバイス：治療のコーディネートに関する一般要件

- ・患者および介護者と連絡を取って、ニーズとこれまでの経験を把握する。
- ・その患者に関与する脳神経内科医、一般開業医、他の治療提供者らと密に連絡を取り合う。
- ・訪問が必要であれば、自宅での治療支援を行う。
- ・患者とともに治療計画を立てる。
- ・治療計画を実行し、その効果を評価し、必要に応じてすぐに変更する。

3.1.2 専門知識

パーキンソン病は複雑な疾患であり、その最適治療戦略の選択も複雑である。このため、治療に携わる医療専門職はパーキンソン病の専門知識を有しておくべきである。これは常に可能ではないかもしれないが、GDG は、医療専門職が自分の専門知識の限界を理解し、必要時は専門家に連絡して助言を求める責任があることを強調しておく。

3.2 薬物管理：症状緩和と運動合併症

薬物は患者の治療の第一選択である。基底核回路の神経伝達物質のアンバランスを修正することが目的である。パーキンソン病治療では、複数の薬物の複数回投与が必要になる場合が多い。これが、パーキンソン病患者における薬物服用のアドヒアランスが一般的に低い原因の一つになっている²⁴⁴⁻²⁴⁶。このほか、認知障害、有害事象への恐れ、嚥下障害、手の巧緻性低下なども理由に挙げられる²⁴⁴。理学療法士は患者からの聞き取りや、処方薬により軽減されているはずの症状を発見することで、アドヒアランスの低下に気づく場合がある。

理学療法士は、薬物に関して治療コーディネーターまたは処方医師と連絡をとり患者を支援しなければならない。投薬によってパーキンソン病のどのような症状が改善できるかだけでなく、投薬によって起こりうる有害事象を理学療法士が知っておくことは重要である。

GDG からの助言：理学療法士は、以下のために薬物治療の効果と有害事象を知っておく必要がある。

- ・ 理学療法の効果の向上
- ・ 現実的な目標設定
- ・ アドヒアランスの低下の認識
- ・ 薬物関連の連絡を通じた患者の支援および不必要な薬物処方の減少

薬物治療による症状の軽減

現在の薬物管理は、ドパミン前駆体のレボドパとドパミンアゴニストによるところが大きい。レボドパが依然として標準治療薬であり、筋強剛、寡動、振戦の症状を最も軽減する²⁴⁷。蛋白質の摂取によりレボドパの効果は減弱するため、蛋白質再配分療法（protein-redistribution diet）が推奨されることが多い^{248;249}。レボドパのほか、ドパミンアゴニストも、レストレスレッグス症候群、睡眠の分断化、早朝の無動もしくはジストニアといった日常生活に支障を及ぼす合併症の軽減のために処方される。ここ 10 年以上で広く検証されてきた治療戦略は、アゴニストから開始し、アゴニスト単独では症状の悪化をコントロールできない場合に、レボドパを追加するというものである。しかし、以前は、治療開始から数ヶ月以内にアゴニストとレボドパを併用することが一般的な治療法であった（「早期併用戦略」）。一方の戦略が他方より優れているかどうかを評価した研究はない。ドパミンアゴニストはドパミン補充療法より効果が小さいと考えられているが、運動合併症を起こしやすい若年発症患者の早期段階で処方されることが多い。モノアミン酸化酵素 B 阻害剤は、運動合併症を減らすために、疾患の早期もしくはレボドパの補助薬として使用されることが多い。疾患の進行とともに、患者には、自律神経障害、姿勢反射障害、転倒、認知症といった、レボドパが奏効しない症状が出現する。すくみ足は通常、オフ時に悪化するが、レボドパの調整でオン時間を延長させることにより症状が軽減することがある²⁵⁰。

薬物誘発性運動合併症：日内変動とジスキネジア

薬物治療は症状をコントロールするが、合併症も引き起こす(付録 12)¹⁴。患者は開始直後から副作用または有害事象に悩まされるおそれがある。さらに、投与開始から約 5 年後には、薬物への速やかな反応が減弱し、精神合併症などの非運動合併症や運動合併症が発現する(下表)。

表 3.2.1. 最も一般的な薬物誘発性運動合併症

オンとオフ状態の日内変動	オンとオフの変動：オン時には、薬物は良く効いており、オフ時には薬物は用量が不十分であるか効いていない。最初は、これらの状態は予測可能で、服薬時間との関連を示す。すなわち、患者は、次の服薬前に、予測されるウェアリングオフを経験することもある。時間の経過とともに、これが予測不可能になる。
早朝ジストニア	制御不能で、時に有疼痛性の筋けいれんで、患者は「ひどいこむら返り」と表現する。薬効の変動と関連する。
ジスキネジア	不随意の大きな振幅で落ち着きのない運動。最高用量で起こることの多い、投薬量の過剰による運動亢進である。主としてドパミンが原因である。高用量のドパミンアゴニストを投与した場合は、これよりも軽度のジスキネジアが起こることがある。

薬物誘発運動合併症の治療

これらの運動合併症は、薬物投与の調整によってある程度まで抑制することができる。このため、すべての医療専門職が合併症を認識して、治療コーディネーターと処方医師と連絡をとりあい患者を支えていくことが重要である。これらの運動合併症の発現頻度や重症度を軽減するためにいくつかの治療戦略が用いられる(表 3.2.2)。ただし、一定の基準に基づいて処方を行う一般開業医、高齢者専門医、脳神経内科医はほとんどいないことは注目に値する²⁴⁷。

表 3.2.2 運動合併症を軽減するための薬物介入

安定した効果の保持	レボドパの用量と投与頻度を増やす
予測可能な日内変動の軽減	末梢または脳内でのドパミン分解を緩徐にするために、COMT-または MAO-B をそれぞれ追加する
予測不能なオフ状態の持続時間と頻度の減少	アポモルヒネ皮下注射もしくは持続皮下注射
重度のジスキネジアの抑制	レボドパの減量、アマンタジンの追加、アポモルヒネの持続皮下注射*
予測不能な運動合併症の抑制	十二指腸内レボドパ注入**

*アポモルヒネ持続皮下注射：1日5回以上注射が必要な患者では、小さな皮下注射針を使用してポンプで投薬することができる。

**十二指腸内レボドパ注入：持続的十二指腸内レボドパ注入としてデュオドーパポンプもしくは持続的空腸内レボドパ/カルビドパゲル注入(LCIG)がある。これは単独療法であり、患者には他のパーキンソン病薬が必要なくなる。レボドパ/カルビドパは胃瘻から挿入された延長チューブで小腸へのポンプを用いて投薬する²⁵¹。そのコストはアポモルヒネポンプに比して3~4倍、深部脳刺激療法(DBS)に比して6~8倍高い(3.3 脳神経外科手術)。注入ポンプの大きさや重さは扱いにくく、患者の運動を妨げる。高いコスト、注入システムまたは外科的手技に関連する有害事象、および経験豊かなチームの必要性によって、その使用は限定的なものとなっている^{252,253}。

3.3 脳神経外科手術

患者によっては、薬物治療に加えて脳神経外科手術が治療の選択肢となることがある²⁵⁴。視床破壊術のような破壊巣を作成する処置 (lesioning procedure) が長年行われていたが、ほとんどの国がその多くを深部脳刺激療法 (DBS) に切り替えている。DBS はペースメーカーを使用し、永久埋め込み電極を介して高周波の電気刺激を与える。これにより、DBS は脳組織を破壊せずに、破壊巣で得られるのと似た作用をもたらす。脳に破壊巣を作成する必要がなく、脳の両側で実施でき、術後に刺激を調整でき、原則として可逆性であることから、DBS は定位脳切除術に急速に取って代わった²⁵⁴。パーキンソン病の治療において DBS の標的になることが最も多いのは視床下核(STN)である。視床や淡蒼球内節が標的になることもある。標的が異なれば、改善する症状も異なる。両側 STN-DBS は、オフ時の運動合併症 (振戦、筋強剛およびジストニア) の軽減、オフ時間、ジスキネジア、最適な身体機能を得るのに必要なレボドパの用量、QOL の改善に有効である²⁵⁵。レボドパ反応性の歩行障害やバランス障害は DBS により改善する可能性があるが、手術の影響で悪化するおそれもある²⁵⁵。他の合併症として、出血や感染などの手術それ自体の影響 (約 2%)、言葉の流暢性、体軸の症状、不安、せん妄、衝動性、うつ病および自殺といった刺激による影響などが挙げられる。患者の選択にあたっては、手術から利益を得られる可能性が高く、重度の副作用を来す可能性の低い患者の特定を目標とする (下表)¹⁴。

表 3.3.パーキンソン病患者における手術の主な適応

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ・パーキンソン病の進行期 ・レボドパによるオフ関連症状の明らかな改善 ・最適な薬物治療を行なったにもかかわらず重度で予測できない日内変動または重度のジスキネジアがある ・治療抵抗性の振戦 ・以下がないこと：認知症、重度のうつ病または(非医原性)の精神病、全身状態の不良、主要な問題としての平衡障害または発話障害、重度の脳萎縮、脳血管病変 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

3.4 リハビリテーション

現在の薬物治療は、患者の直面する障害の進行、限界および社会参加の制限に対して部分的な効果しか発揮しない。ここで考慮しているのは、すくみ足、バランス障害および認知機能障害を含めた進行時期に出現する運動症状や非運動症状である。薬物治療はそれらを悪化させる可能性さえある。このため、最適な薬物治療を受けている患者でも、日常機能にさまざまな問題が増えていく。したがって、一般開業医や脳神経内科医、看護師に加えて多種多様な医療専門家が必要となってくる。一般に参加することの多い職種は、理学療法士、言語聴覚士、作業療法士、栄養士、(神経)心理士である。患者にとって重要性の高い問題として必要とされているにもかかわらず、不足していることが最もおおいのが、性科学者である。どのようなチームで行おうと、最も重要なのは職種間、そして患者との意思疎通である²⁵⁶。罹患が長期にわたり病状が変化しやすい疾患を抱えた人々には、集学的・学際的協同(多職種協同)といった統合的アプローチが勧められる(下表)^{257,258}。その全体的な目標は、複数の相補的な医療専門職による、患者の好みや目標を取り入れた特別な治療を通してQOLを最適化することである。

表 3.4 統合した治療の方法と説明

単一の専門職による治療	顧問としての見地からの専門的治療。患者は他の臨床医に紹介される場合があるが、一人の開業医が中心的な責任をもつ。専門職種に限られた連携。
集学的治療	患者は、一つのチーム内で個別的、同時並行的かつ非連携的に働くさまざまな専門職による治療を受ける。各専門職が、異なる治療ニーズへの対応に責任を持つ。
多職種協働治療 (学際的治療)	患者中心の治療。専門職からなるチームが患者とともに目標を作成し管理する。参加する全医師と患者が、オープンで継続的なコミュニケーションを行う。
相互乗り入れ治療 (超域的治療)	教育の現場で用いられることが多く、種々の専門職が特定の問題に関する識見や知見を共有する。各専門職が他の学問分野の「言語」や「ものの見方」を理解し、それらを取り入れて、共有された問題への対処に参加できるようにするには時間がかかる。

3.5 疾患修飾治療

疾患の病態生理に影響を与え、疾患進行率を低下させる介入は疾患修飾をもたらす。これは神経保護または神経修復によって実現される。現在まで、パーキンソン病に対する介入は、ビタミンE、コエンザイムQ10、ドパミンアゴニストまたはMAO-B阻害薬をはじめとして、疾患修飾効果のエビデンスを示すものはない。しかし、動物実験では、身体活動が神経変性プロセスと直接的な相互作用を示す可能性があり、その作用は脳神経栄養因子や神経可塑性によって誘導されている可能性が高いことが明らかになっている。また、心拍数と酸素必要量を十分に上昇させる激しい運動は、パーキンソン病の発症リスクを低減し、認知機能を改善させる。さらに、激しい運動は高齢者の脳灰白質容積（老化により減少）を増加させ、認知に関連した機能的結合性または皮質活動性を改善させる。最後に、パーキンソン病患者において運動が皮質運動興奮性を改善するというエビデンスが得られつつあり、神経可塑性の可能性が示唆される。運動が生物学的に神経変性過程に対して保護的であるならば、運動が患者の疾患進行を遅らせることはもっともである。この知見は有望であるが解明されてはいない。現時点で、人モデルにおいてこの知見を支持するエビデンスは限られているが、成長著しい研究分野の一つである。

Appendix 8

パーキンソン病の診断を支持する特徴（レッドフラッグ）および最も可能性のある診断

パーキンソン病の診断を支持する 徴候・症状	最も可能性のある疾患
症状の出現パターン 対称性 非対称性* 下肢優位タイプ	PSP, MSA CBD (強い非対称性) VP
疾患の経過 早い進行 (HY 3: < 5 年) 段階的な進行 寛解	PSP, MSA VP VP, 薬剤性パーキンソン症候群
薬物治療 レボドパの効果がない/不十分 (レボドパ 1g/日以上を 1 ヶ月以上 使用) 早期の/著明なレボドパ 不耐性 レボドパ誘発性ジスキネジア* レボドパ不応性疼痛	効果なし: PSP, CBD; 限定的な効果: MSA DLB, VP MSA, DLB, VP 非典型パーキンソン症候群の全ての病型
振戦 非対称性丸薬丸め様振戦* 不規則で jerky な振戦	まれに: MSA MSA, CBD
ミオクローヌス	MSA (指を伸ばした), CBD, PSP, DLB, SCA2, PARK9
嚥下障害と構音障害 早期の重度の構音障害 早期の重度の嚥下障害 音声障害 (痙性)	非典型パーキンソン症候群 PSP, MSA MSA

徴候と症状	最も可能性のある疾患
錐体路徴候	VP, MSA, PARK2,9
失調（小脳）	MSA, SCA 2,3,17, 神経核内封入 体病
歩行・バランス障害 早期の姿勢反射障害 歩行器/車椅子の使用*	PSP; 程度は軽度: MSA, CBD, VP < 3年: MSA, PSP; 3-10年:非典型パーキンソン症候群の 全ての病型
感覚障害 皮質性 多発神経障害	CBD 薬物誘発性: アマンタジン, 中毒(二硫化炭素, マンガン, 溶剤, 一酸化炭素), 感染性 (梅毒, HIV), 腫瘍随伴性 (パ ーキンソン症候群と多発神経障害 - 早い進行!), 内分泌 (副甲状腺機能低下症), 代謝性 (ガングリオシド蓄積症), ミトコンドリア病 (MERFF, POLG 遺伝子変異), 神経変性 疾患 (神経核内封入体病, MSA)
眼球運動障害 核上性麻痺 Round-the-house-phenomenon 衝動性眼球運動 - 抑制遅れ - 実行遅れ ・ 注視維持困難 矩形波眼球運動 測定障害/測定過多 眼振 眼球失行 眼球上転発作	PSP PSP CBD PSP MSA, SCA, PSP MSA, SCA, PSP MSA, SCA MSA, SCA CBD

	薬物誘発性パーキンソン症候群 (抗精神病薬, 制吐剤), 若年性パーキンソン症候群, 両側視床病変
自律神経障害 早期に重度の症状が出現 冷たく, 色調変化した四肢 (‘cold hands sign’)	MSA, DLB (より軽度) MSA
認知機能障害 早期に著明な症状が出現 比較的進行期に出現* 比較的軽度な認知機能障害 失行 失語	PSP, DLB, 前頭側頭型認知症, ハンチントン病, 正常圧水頭症 CBD, VP MSA CBD, PSP (より軽度) CBD, PSP (より軽度)
精神徴候 アパシー (早期)* 脱抑制 - 感情的 - 仮性球脱抑制 ・ 幻覚, 妄想	PSP 早期: PSP, 程度は軽度: MSA PSP, CBD DLB (早期)
睡眠障害 REM 睡眠行動異常症 睡眠時無呼吸症候群 夜間吸気時喘鳴	PD, MSA, DLB MSA MSA

CBD, corticobasal degeneration(大脳皮質基底核変性症); DLB, dementia with Lewy bodies(レヴィー小体型認知症); MSA, multiple system atrophy(多系統萎縮症); PSP, progressive supranuclear palsy(進行性核上性麻痺); SCA, Spinocerebellar Ataxia(脊髄小脳失調症) VP, vascular parkinsonism(血管性パーキンソン症候群)

詳細は下記の論文を参照⁴

Aerts MB, Esselink RA, Post B, van de Warrenburg BP, Bloem BR. Improving the diagnostic accuracy in parkinsonism: a three-pronged approach. Pract Neurol 2012; 12(2):77-87

付録 11

リハビリ科医¹もしくは高齢者のケア医師²

- 複雑な運動および非運動症状がある場合は、必ずチームに参加し、以下を行う：
- ・制限や制約に関する学際的な分析
 - ・外来病院への紹介または継続的な学際的治療
 - ・就労支援¹
 - ・補助具（歩行補助など）や家屋調整状況の評価¹
 - ・緩和ケア²

薬剤師 による対応:

- ・薬物の供給（相互作用/副作用の確認を含む）
- ・治療アドヒアランス

精神科医 が対応する:

- ・精力および衝動の障害（モチベーションの低下、衝動抑制障害など）
- ・情動障害（例：不安）
- ・気質や人格障害（例：気分）
- ・抑うつ
- ・感覚障害（例：幻覚）
- ・睡眠障害
- ・認知症

言語聴覚士 が対応する:

- ・声が低くなる、小さくなる
- ・音声障害（例：構音障害）
- ・嚥下障害（流涎を含む）
- ・言語流暢性の低下

老年科医 が対応する:

- ・薬物治療や精神科で管理できない複雑な問題をもつ高齢者の虚弱
- ・合併症、転倒や多剤併用

パーキンソン病学会

- ・会員や医療専門職からのアドバイスや支援
- ・利益代表

性科学者 が対応する:

- ・性機能障害（機能と性欲の低下）
- ・性的感覚の低下
- ・情報（例：セックス補助具）
- ・肉体関係や性的関係の規制

パーキンソン病センター

- ・集学的診断や治療計画の提供
- ・特別な治療の提供(例: DBS)

脳神経外科 が対応する:

- ・重篤な、予測できない日内変動やジスキネジア
- ・治療抵抗性の振戦

ソーシャルワーカー が対応する:

- ・心理社会的問題、例：対処
- ・介護負担（心理や経済的）
- ・対人関係の限界や制限（例：介護者と患者との関係）
- ・意義のある日中活動の減少
- ・有益な情報と支援（経済的）支援

作業療法士 が対応する:

- ・家庭生活、仕事、余暇活動に関する制約や制限（認知機能の問題、支援デバイスや家屋調整の必要性）
- ・支援や治療を提供する上で介護者が経験する制限

理学療法士 が対応する:

- ・身体能力と技能低下(の危険)
- ・歩行障害（例：すくみ足）
- ・移乗の障害
- ・上肢機能の障害
- ・バランス低下;転倒
- ・疼痛と異常感覚

(神経) 心理士 が対応する:

- ・患者/介護者のストレス
- ・複雑な心理社会的限界や制限
- ・承認や対処の限界
- ・対人関係の限界（例：介護者と）
- ・気質、人格、恐怖コントロールの障害（薬物治療の有無によらず）



栄養士 が対応する:

- ・体重減少（リスク: 1ヶ月で体重の5%以上、6ヶ月で10%以上の低下）
- ・栄養摂取の量と質の低下
- ・薬物関連の栄養アドバ（例：周術期）
- ・便秘

在宅ケアサービス が対応する:

- ・セルフケアの制限（例：着衣）
- ・家庭内の制限（例：家事）

図. パーキンソン病協働治療モデル: 医療専門職と紹介基準

最適治療¹⁴のための適応モデル。赤色の医療専門職は紹介の指示があった時にのみ参加し、一方緑色の専門職は常に参加する。役割の説明は国により変化していくでしょう。特定の医療専門職がない時、すべての責任が果たされるように、地域で協働することは重要です。

用語集

用語	説明
付加的フィードバック	キュー、仮想現実、フィットネスゲームを用いた、課題動作の同時フィードバック
バランス	本ガイドラインでは ICF 用語の「体位の変化と維持」を示す。
寡動	運動緩慢と運動減少
歩行率	単位時間あたりの歩数
同時代人	ほぼ同じ年代の人々
認知運動戦略	「複雑な動作順序に関する戦略」の項を参照
古典的理学療法	本ガイドラインでは、歩行、バランス、移乗、体力およびそれらの組み合わせを対象とする、理学療法士によって監督されるあらゆる運動介入を示す。
二重課題	二つの課題の同時施行
ジストニア	有痛性筋痙攣と攣縮
突進歩行	突然、効果的な歩行動作ができなくなる。急激かつ不随意的に小股になり、転倒（未遂）のリスクが高まる。
すくみ足	突然、効果的な歩行動作ができなくなる。完全な無動を呈することは少なく、小股での引きずり歩行や、下肢の震えがみられる。
機能的移動能力	日常生活に必要とされる活動。本ガイドラインでは、バランス、移乗、歩行、上肢機能に着目する。
HY	Hoehn and Yahr（ヘーン・ヤール）病期(2.5.1)
MET	Metabolic Equivalent of Task（代謝当量）：ある特定の活動における標準安静時代謝率に対する仕事代謝率の比率。 エネルギー消費量から算出される運動強度の指標として使用される。
運動および非運動合併症	運動機能に影響を及ぼす薬物の副作用。例：予測不能なオン-オフ現象を含めたオン・オフ時の薬効の日内変動；神経精神的障害
運動症状の日内変動	オンとオフ状態の間の変動。病初期にはオンとオフの状態は予測可能で、投薬時間との関連を示す。患者は、次の服薬前に、予測されるウェアリングオフを経験することもある。時間の経過とともに、これが予測不可能になる。
筋仕事率	$= \text{（筋力）} \times \text{（速度）}$
オフ状態	薬物量が不十分もしくは有効でない状態
オン状態	薬物がよく効果を発揮している状態
パーキンソン症候群	パーキンソン病以外の原因によるパーキンソン症状を呈する疾患として、多系統萎縮症（MSA）；進行性核上性麻痺（PSP）；レビー小体型認知症（DLB）；薬剤誘発性パーキンソン症候群、皮質基底核変性症（CBD）；血管性パーキンソン症候群が挙げられる。 いずれも急速に進行することが多い。
同等者	能力、資格、年齢、背景が同等の人々を指す。 例：他の理学療法士や他のパーキンソン病患者。

PIGD	姿勢のバランス不良（不安定性）と歩行障害（困難）
身体能力	神経筋と心肺機能の能力。運動耐容性、関節可動性、筋緊張、筋力、耐久性によって表され、活動の実行に必要とされる。
関節可動域訓練	関節可動性、筋緊張や筋力を目標とした訓練
反応性の変動	「運動症状の日内変動」の章を参照
筋強剛	肢の他動運動の全範囲において抵抗が増強した状態
複雑な動作順序に関する戦略	どのようにして複雑な課題を単純な構成要素に分解して、その構成要素を注意深く実行できるかをパーキンソン病患者に理解してもらうための代償戦略。 以前は「認知運動戦略」と呼ばれており、文献でも広く使用されていたが、医療専門職には分かりにくい表現であった。
ウェアリングオフ	「運動症状の日内変動」を参照

参考文献

- 1) パーキンソンネットおよびオランダ理学療法士協会発行：European Physiotherapy Guideline for Parkinson's Disease